

ZUR MOTIVATION JUGENDLICHER
DROGENABHÄNGIGER ZUR THERAPIE

von
Werner Nürnberger
aus
Amberg

Diss. Erlangen
1903





Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Bezirksklinik Hochstadt
Behandlungszentrum für drogen- und rauchmittelabhängige
Jugendliche und junge Erwachsene
Direktor: Privat-Dozent Dr. med. J. Benos

ZUR MOTIVATION JUGENDLICHER DROGENABHÄNGIGER ZUR THERAPIE

INAUGURAL – DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich - Alexander - Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Werner Nürnberger
aus
Amberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf
Referent: Priv.-Doz. Dr. J. Benos
Korreferent: Prof. Dr. E. Lungershausen
Tag der mündlichen Prüfung: 10.10.1983

INHALTSVERZEICHNIS

	<u>Seite</u>
1. EINLEITUNG	1
2. PROBLEMSTELLUNG UND METHODISCHES VORGEHEN	12
2.1. Klientel	12
2.2. Methodisches Vorgehen	13
2.3. Von den Therapeuten der Bezirksklinik Hochstadt verwendete Testverfahren	14
3. ERGEBNISSE DER EIGENEN UNTERSUCHUNG	15
3.1. Durchschnittsalter	15
3.2. Dauer der Drogenkarriere	16
3.3. Schul- und Berufsausbildung	17
3.4. Intelligenz	18
3.5. Beziehung zu den Eltern	19
3.6. Maskulinität / Feminität	20
3.7. Extraversion/Intraversion	22
3.8. Egozentrik	25
3.9. Gerichtliche Auflagen	29
4. DISKUSSION	30
5. ZUSAMMENFASSUNG	49
6. LITERATURVERZEICHNIS	51

LEBENS LAUF

1. EINLEITUNG

Schon vor 6000 Jahren wurde der Mohn auf sumerischen Ideogrammen mit dem Ausdruck "Pflanze der Freuden" eindeutig als Rauschmittel charakterisiert (Scott, 1969).

Wie er von Sumer aus nach Ägypten gelangte, wissen wir nicht. Möglicherweise verwendeten ihn Priester bei verschiedenen Mysterienkulten.

Von ägyptischen Ärzten, die sich gewiß die betäubende Wirkung des Opiums zunutze machten, gelangte das Rezept seiner Herstellung nach Griechenland, wie Theophrast von Eresos (ca. 370 - 287 v.Chr.) berichtet.

Die Mohnkapsel wurde zum Symbol des Schlafgottes Morpheus und des Todesgottes Thanatos. Offenbar war bereits den Griechen sowohl die heilende als auch die vernichtende Kraft des Opiums bewußt. Von ihnen stammt auch sein heute noch gebräuchlicher Name (opos = Saft), womit sie die Mohnmilch benannten.

Nach der Eroberung Griechenlands gelangte die Droge nach Rom. Vergil etwa schreibt vom "Mohn, der mit dem Schlaf der Lethe getränkt". Von Andromachus, dem Leibarzt Neros, ist bekannt, daß er seiner Wundermedizin Theriak, die angeblich gegen alle Krankheiten half, Opium beimischte. Eineinhalb Jahrtausende später nutzte Paracelsus, der bedeutendste Arzt des Mittelalters, die Wirkung des Opiums ebenfalls für seine Arzneien. Er nannte sie Laudanum und Arkanum.

Auf die lange Tradition des Opiumrauchens in der arabischen Welt soll hier nicht näher eingegangen werden.

Seit Paracelsus sind die Wirkstoffe des Schlafmohns (Papaver somniferum) nicht mehr aus dem Arzneimittelrepertoire von Ärzten und Apothekern wegzudenken.

Gleichzeitig mit der Hochindustrialisierung im 19. Jahrhundert hielt das Opium als Volksdroge Einzug in breite Bevölkerungskreise, vor allem bei armen englischen und französischen Industrie- und Hafenarbeitern, die sich von ihrem kümmerlichen



Lohn Schnaps und Bier nicht mehr leisten konnten. Opium wurde seit dem Opiumkrieg mit China (1839 - 1842) von Kaufleuten der "East India Company" in riesigen Mengen eingeführt.

Beliebt war die Droge auch bei einigen Schriftstellern und Dichtern, wie etwa Baudelaire (Ein Opiumesser, 1860), Edgar Allen Poe und S.T. Coleridge (Kublai Khan, 1816). In Paris und den großen französischen Hafenstädten wie Marseille soll es um 1840 unzählige, meist heimliche Rauchsalons gegeben haben.

De Quinceys "Bekenntnisse eines Opiumessers" (1822, 1845) wurden berühmt. Auch der junge Picasso probierte die Droge und Jean Cocteau wäre ihr fast erlegen (nach Fernande Olivier, 1930). Hans Fallada, selbst Morphinist und Alkoholiker, beschrieb in "Der tödliche Rausch" (1955) beklemmend die Qualen der Sucht, ebenso wie William Borroughs in "Junkie" eine eindringliche autobiographische Schilderung gab.

1806 isolierte Friedrich Wilhelm Sertürner erstmals Morphin (Morphium), das die gleichen Körperreaktionen auslöst wie Opium, aber wesentlich stärker wirkt.

In großem Umfang wurde das schmerzlindernde Morphin erstmals während des Deutsch-Französischen Krieges 1870/71 zur Wundschmerzbehandlung eingesetzt. Das Resultat: Unzählige morphinsüchtige Soldaten, die sich selbst spritzten.

Verzweifelt suchte man nach neuen Stoffen, die zwar die schmerzlindernde Wirkung des Morphins haben, jedoch die damit behandelten Patienten vor der Sucht bewahren sollten. Eine dieser Substanzen war das Diacetylmorphin, das durch eine chemische Reaktion von Morphin und Essigsäure entsteht. Euphorisch nannte man den Stoff wegen seiner "heroischen" positiven Wirkung bei der Schmerzbekämpfung Heroin.

1898 wurde es in den Elberfelder Farbenfabriken erstmals industriell hergestellt. Man wollte damit die Morphinsüch-

tigen von ihrer Abhängigkeit heilen. Ein fataler Trugschluß, wie sich bald zeigen sollte.

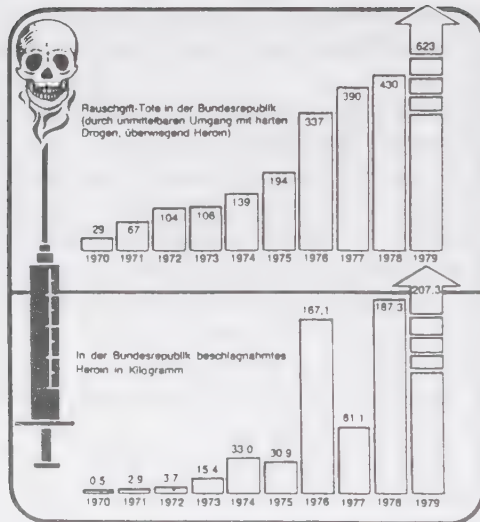
Bis zur Mitte der 60er Jahre hielt sich die Zahl der Morphinen in der Bundesrepublik mit einigen Hundert bis Tausend (meist Ärzte, Apotheker, Krankenpflegepersonal, Schwerverletzte des 2. Weltkriegs) in gesundheitsbehördlich und kriminalistisch überschaubaren Grenzen. Aus Gründen, die zu analysieren den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, stieg die Zahl heroinsüchtiger, meist jüngerer Fixer, dramatisch an.

Anfang 1980 rechnete man mit etwa 60.000. Nach einer neueren Feldstudie von Skarabis und Becker in Berlin mußte man diese Zahl mindestens mit dem Faktor 3 multiplizieren, um dem tatsächlichen Ausmaß der Heroinsucht bei Jugendlichen annähernd gerecht zu werden. Damit nahm auch die Anzahl der Todesfälle bei Fixern erschreckend zu. Galt es 1970 "lediglich" 29 Herointote in der Bundesrepublik zu beklagen, so waren es 1979 bereits 623 (Schmidbauer, v.Scheidt, 1981).

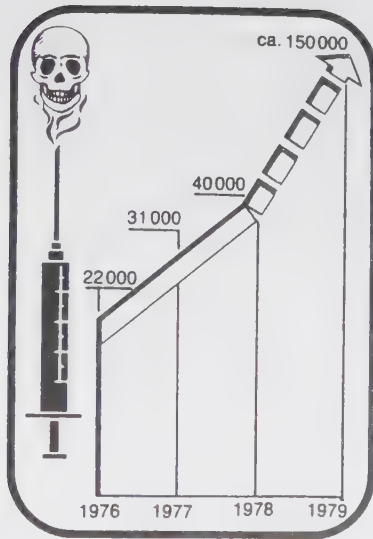
Zur Veranschaulichung dieser Zahlen möchte ich zwei Abbildungen beifügen:

(Abbildungen - s. S. 4 und 5)

Vor dem Hintergrund dieser Daten wird verständlich, daß in den letzten fünfzehn Jahren in der Bundesrepublik eine Vielzahl von Maßnahmen eingeleitet wurde, um dem Problem Herr zu werden. Mit und ohne staatliche Förderung entstanden größtenteils nach amerikanischen Vorbildern Therapiestationen und Spezialkliniken, da die bereits vorhandenen Auffang- bzw. Durchgangsstationen der Suchtkranken, also Gefängnis und Psychiatrie, sich eher als suchtfördernd denn als suchthemmend, geschweige -heilend erwiesen. Der alleinige klinische Entzug hat eine Rückfallquote von 98 % (Petzold, 1974).



Von 1970 - 1979 hat sich die Zahl der Heroin-Toten fast verzwanzigfacht und die Menge beschlagnahmter Opiate von nahezu Null auf etwa 300 Kilogramm gesteigert (nach "Der Spiegel", Nr. 35, 1979).



Von 1976 - 1979 hat sich die Zahl der Opiat-Abhängigen in der Bundesrepublik nahezu verdreifacht (nach "Der Spiegel", Nr. 35, 1979), nach neuesten Untersuchungen (Skarabis, 1980) wahrscheinlich sogar versiebenfacht.

Auf die vielen euphorisch gepriesenen und letztlich gescheiterten Modelle soll hier nicht näher eingegangen werden. Als aussichtsreichste Basis für die Rehabilitation jugendlicher Drogenabhängiger hat sich die Langzeittherapie in einer Spezialklinik im Verbund mit der sogenannten therapeutischen Kette erwiesen. Petzold teilt die therapeutische Kette in vier Abschnitte: Kontaktstufe, Eingangsstufe, Behandlungs- und Reintegrationsstufe. Die Drogenklinik ist lediglich Zentralglied dieser Kette.

Als Beispiel für eine derartige Spezialklinik soll an dieser Stelle die Bezirksklinik Hochstadt genannt werden (Direktor: Priv.-Doz. Dr. med. J. Benos), in der jugendliche und junge erwachsene Drogenabhängige bis zum 30. Lebensjahr, die sich freiwillig zur Therapie entschließen, behandelt werden.

Das Hochstädter Therapiekonzept schließt die Entgiftung, Entwöhnung, Rehabilitation und Nachsorge ein. Ziele der Therapie sind: Dauerabstinenz des Patienten, Selbstfindung, die Heilung seiner somatischen psychischen Störungen und Krankheiten, das Erlernen von Techniken, um nach der Entlassung erfolgreich gegen die Suchtauslöser vorzugehen, sowie die soziale Reintegration (Benos et al., 1979).

Als Methoden werden die Gruppenpsychotherapie als Verhaltenstherapie mit psychodynamischen Aspekten, die Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, physikalische und Bewegungstherapie, sowie soziotherapeutische Maßnahmen angewandt.

Katamnestische Untersuchungen zeigen, daß zwei Jahre nach der Entlassung mehr als die Hälfte der Patienten suchtmittelfrei geblieben ist. Ein vergleichsweise hoher Erfolg (Benos, 1979), der nur durch den engagierten Einsatz eines qualifizierten Therapeutenteams aus Psychiatern, Internisten, Psychologen, Sozialarbeitern, -pädagogen, Krankenschwestern und -pflegern, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten und geschultem Hilfspersonal ermöglicht wird.

Die Behandlungsdauer der Langzeittherapie liegt in der Regel

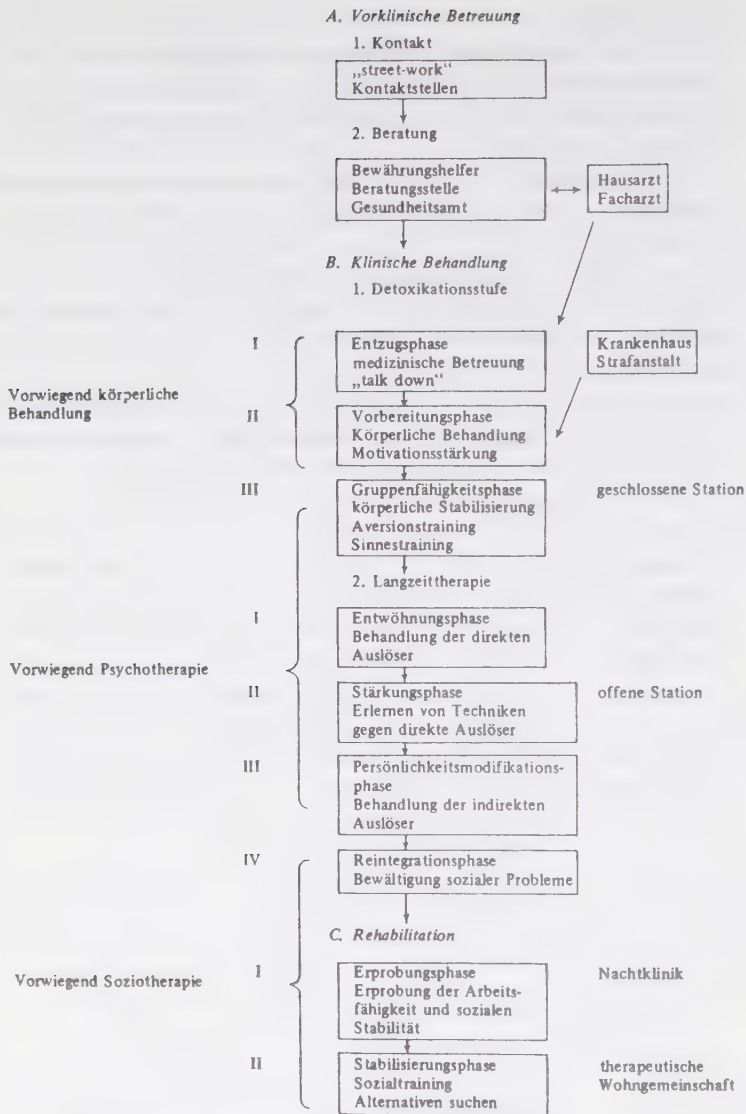
zwischen acht und neun Monaten. Jeder Patient verbringt mindestens vier Wochen seines Klinikaufenthaltes auf der geschlossenen Aufnahmeabteilung zur Entgiftung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes (Benos et al., 1980).

Da die Drogensucht ein multifaktorielles Problem darstellt, fordert ihre Therapie äußerste interdisziplinäre Anstrengungen.

Trotz des großen therapeutischen Aufwandes und persönlichen Einsatzes seitens der Therapeuten werden weltweit mindestens die Hälfte der Suchtkranken bei den verschiedensten Methoden wieder rückfällig.

Veranschaulichen lassen sich die gewaltigen Anstrengungen in der Suchttherapie gut am Beispiel des Therapieplans der Drogenklinik Hochstadt und deren Therapieprogramm der klinischen Behandlung.

Voraussetzung für den erfolgreichen Abschluß einer derart aufwendigen und langwierigen Therapie ist selbstverständlich die Grundmotivation des Suchtkranken zu ihr, letztendlich der Wille zu leben. Wird der betreffende Mensch vom "Grausamen Gott" (Alvarez, 1980) beherrscht, der ihn wie ein unwiderstehlicher Sog zum Selbstmord hinzieht, begeht er also bewußt oder unbewußt "Selbstmord auf Raten" (Nöh-ring, 1980), wird auch der beste und ausgeklügelste Therapieplan versagen.



Therapieplan der Drogensucht in der Drogenklinik Hochstadt

Klinische Behandlung

1. Detoxikation

1.1. Entzugsphase

Internistisch:

Blutbild, Urin, Leberstatus, BKS, RR, T.,
Kreislaufmittel, Vitamine

Psychiatrisch:

Leberpräparate
Neuroleptika, Thymoleptika,
körperliche und psychiatrische Untersuchung

Psychotherapeutisch:

Heruntersprechen der Beschwerden
(talk down)

1.2. Vorbereitungsphase

Internistisch:

Diagnose und Behandlung akuter und
chronischer Leiden.

Psychiatrisch:

Diagnose und Behandlung psychischer
Störungen

Psychopathometrie

Psychotherapeutisch:

Gruppenfähigkeit üben,
Psychodiagnostische Tests
(Rorschach, MWT, MMPI, Benton d. MMQ,
FPI, BL, M und Spezial-Tests).

Soziotherapeutisch:

Motivationsprüfung bzw. Stärkung,
Sozialanamnese

Pädagogisch:

Hausinformation
Verhaltensbeobachtung

Sozialpädagogisch:

Abendprogrammgestaltung durch den Sozial-
pädagogen

Physikalisch:

Kreislauftraining,
Vorsichtige Gymnastik

Beschäftigungstherapie:

Einführung in die BT
Malen, Kollagen usw.

Arbeitstherapie:

Einführen in die ATH
Bettenmachen, Zimmerputzen

1.3. Gruppenfähigkeitsphase

Internistisch:

Weitere Diagnose und Behandlung
chronischer Leiden
Speziallaboruntersuchungen
EKG, WaR, Rø-Thorax
Information über Drogenschäden

Psychiatrisch:

Weitere Diagnose und Behandlung psychischer
Störungen
Psychopathometrie
Information über Drogenschäden

Psychotherapeutisch:

Psychologischer Befund
Therapieplanerstellung
Einzelgespräche
Gruppengespräche

Soziotherapeutisch:

Aversionstraining

Pädagogisch:

Einführung in die Hausordnung und die
Regeln des Zusammenlebens und Zusammen-
arbeit

Sozialpädagogisch:

Aufklärung über Drogen
Abendprogrammgestaltung
Bücher lesen, Berichte schreiben,
Artikel aus der Zeitung oder Zeitschriften
vorlesen

2. Langzeittherapie

2.1. Entwöhnungsphase

Internistisch:

Behandlung evtl. chronischer oder akuter
Leiden. Konsiliarische Beratung anderer
Fachbereiche

Psychiatrisch:

Behandlung evtl. psychischer Leiden
Akupunktur

Psychotherapeutisch:

Vorgehen gegen die direkten Auslöser
Gruppentherapie und Individualtherapie
(Nondirektive Gesprächsführung)
Gedankenstopp nach *Cautela*

Verdeckte Sensibilisierung nach *Cautela*

Verdeckte Kontrolle

Verbale Konditionierung

Verhaltensspiele

Hypnose

Musiktherapie

Autogenes Training

Paraanalytische Gruppen- u. Einzeltherapie

Verhaltensliste

Soziotherapeutisch:

Entspannungstraining

Pädagogisch: Vorträge von Allgemeininteresse

Sprachen lernen, Deutschunterricht

Fortbildungskurse

Einhaltung eines Stufenplanes

Interessenmobilisierung

Einhaltung des Tagesablaufs und des

Wochenprogramms

Sozialpädagogisch:

a) Gemeinsame Veranstaltungen

Besuch kultureller Veranstaltungen

Ausstellungen u. Museen mit anschließender

Diskussion

Patienten-Referate mit Diskussion

Patientenparlament

Bunte Abende, Musikabende

Spielabende

b) Interessengruppen

Fotogruppe, Nähkurs, Handwerksgruppen,

Zeitungsgruppe, Hobbygruppen,

Spieltumiere

Physikalisch:

Körperliches Belastungstraining (Einführung)

Gymnastik, Sportaktionen (Hand-, Volley-,

Fußball, Tischtennis), Kegeln, Schwimmen

usw.

Beschäftigungstherapeutisch: freie und gezielte BT

1. Gegen negative Verhaltensweisen

2. Förderung positiver Eigenschaften

3. Künstlerische Fähigkeiten fördern

4. Neue Interessen wecken

Arbeitstherapeutisch:

Reinigung der Station und des Hauses

Eigene Wäsche waschen und bügeln

Kleider instandsetzen usw.

Gartenarbeiten

Hausreparaturen vornehmen usw.

2.2. Stärkungsphase

Internistisch:

Behandlung auftretender Erkrankungen

Behandlung chronischer Leiden

Psychiatrisch:

Nachexploration

Psychopathometrische Untersuchung

Behandlung psychischer Störungen

Psychotherapeutisch:

1. Erlernen von Techniken gegen die direkten

Auslöser

a) Gedankenstopp

b) Verdeckte Sensibilisierung

c) Verdeckte Kontrolle

d) Verhaltensliste

2. Frustrationstoleranzstärkung

3. Rollenspiele

Soziotherapeutisch:

Entspannungstraining

Pädagogisch:

Stufenplan usw. einhalten

Sozialpädagogisch:

Fortsetzung der o. g. Aktivitäten

Physikalisch:

Körperliches Belastungstraining

Sportaktionen

Geländelauf, Wanderung, Zielwanderungen,

Geländespiele usw.

Beschäftigungstherapeutisch:

wie oben

Arbeitstherapeutisch:

o. g. Aktionen mit zunehmender Belastung

2.3. Persönlichkeitsmodifikationsphase

Internistisch:

wie oben

Psychiatrisch:

wie oben

Psychotherapeutisch:

Interaktionsspiele

Parapsychoanalytische Problemlösung

Direktive gesprächstherapeutische Problem-

lösung

Rollenspiele

Hypnose

Autogenes Training

Musiktherapie

Soziotherapie:

Kommunikationstraining

Selbstbehauptungstraining

Hochstadter Persönlichkeits-Sozialverhaltens-

Skala (HPSS)

Pädagogisch:
stufenweise Erweiterung der Pflichten und Rechte (s. Stufenplan)

Physikalische Therapie:
zunehmende körperliche Belastung

Beschäftigungstherapie:
wie oben

Arbeitstherapie:
wie oben

2.4. Reintegrationsphase

Internistisch:
wie oben
Kontrolluntersuchungen

Psychiatrisch:
Laboruntersuchungen

Psychotherapeutisch:
Einzeltherapie
weitere Einübung gelernter Techniken
Kontroll-Testuntersuchungen

Soziotherapeutisch:
Kommunikationstraining
Selbstbehauptungstraining
Hochstadter Persönlichkeits-Sozial-Verhaltens-Skala (HPSS)
Frustrationstoleranzübungen
Training für das Gemeinschaftsleben
Konfliktzentrierte Problemlösung (sozialer Probleme)
direktive Gesprächsführung zur Lösung auftretender Probleme
Soziale Probleme

Pädagogisch:
Stufenplan einhalten
Erprobung der Selbständigkeit

Sozialpädagogisch:
Planerstellung der Freizeitalternativen
Stärkung der Außenkontakte

Arbeitstherapeutisch:
Führung in Richtung der später aufzunehmenden Arbeit

Rehabilitationsstadium

1. Nachtklinik

Soziotherapie:
Lösung sozialer Probleme

Psychotherapie:
einmal wöchentliche Gruppentherapie
Einzeltherapie zur Problemlösung

Arbeitstherapie:
regelmäßige Arbeit oder Belastungsprobe durch Zeitarbeit

Pädagogische Maßnahmen:
Einhaltung der Hausordnung
Drogenfreiheit, striktes Alkoholverbot im Haus und Verbot der nicht verordneten Medikamente
Selbstversorgungs-Lernen
Abstinenzkontrollen

Sozialpädagogisch:
Freizeitgestaltung,
weitere Alternativen suchen

2. Therapeutische Wohngemeinschaft

Behandlungsangebot und Stufenprogramm der Bezirksklinik
Hochstadt nach Benos (1979).

2. PROBLEMSTELLUNG UND METHODISCHES VORGEHEN

2.1. Klientel

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Motivation jugendlicher Drogenabhängiger zur Therapie.

In einer katamnästischen Untersuchung wurden neun Parameter überprüft und korreliert mit erfolgreich abgeschlossenen Therapien bzw. abgebrochenen Therapien von 57 Probanden. Aufgrund dieser Korrelationen wurden Rückschlüsse auf die Motivation des Drogenabhängigen zu seiner Therapie gezogen. Untersucht wurden 57 Patienten der Bezirksklinik Hochstadt/Main, die im Zeitraum vom 25. Oktober 1977 bis zum 06. April 1979 in die Klinik aufgenommen wurden.

Davon 15 weibliche Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie,

15 männliche Patienten mit abgeschlossener Therapie,

15 weibliche Patienten mit abgebrochener Therapie und

12 männliche Patienten mit abgebrochener Therapie.

Es handelte sich dabei um ein unausgelesenes Klientel.

Einziges Auswahlkriterium war ein mindestens dreimonatiger Aufenthalt in der Klinik, da bei Patienten, die bereits vor diesem Zeitpunkt die Therapie abbrachen, weder objektivierbare Testergebnisse vorlagen, noch eine einigermaßen sichere Beurteilung der Persönlichkeit durch die Therapeuten gewährleistet werden konnte.

Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie befanden sich in der Regel mindestens 9 Monate in der Klinik.

2.2. Methodisches Vorgehen

Um die Motivation der Patienten zur Therapie zu erforschen, wurden neun überprüfbare Parameter gewählt, und zwar:

1. Durchschnittsalter
2. Dauer der Drogenkarriere
3. Schul- bzw. Berufsausbildung
4. durchschnittlicher Intelligenzquotient, der testpsychologisch sowie nach Beurteilung der jeweiligen Therapeuten in ein Bewertungsschema mit sieben Punkten übertragen wurde, das von +3 bis -3 reicht. Der Nullpunkt bezeichnet durchschnittliche Intelligenz, +3 außerordentliche Intelligenz und -3 etwa die Grenze zur Debilität.
5. Beziehung zu den Eltern, die sich zu beiden Elternteilen positiv oder negativ darstellt, bzw. zu einem Elternteil positiv und zum anderen negativ, also als ambivalent bezeichnet werden kann, oder aber indifferent.
6. in den psychologischen Tests häufig mit männlich oder weiblich bezeichnete Charaktereigenschaften, also aggressiv aktives Verhalten bzw. defensiv passives Verhalten. Auch diese Eigenschaften wurden in ein Bewertungsschema mit sieben Punkten übertragen, wobei +3 besonders aggressiv aktives Verhalten bezeichnet und -3 besonders defensiv passives Verhalten.
7. Überprüfung der Charaktereigenschaften Extraversion bzw. Intraversion aufgrund testpsychologischer Ergebnisse und Beurteilung durch die Therapeuten, übertragen auf eine siebenpunktige Bewertungsskala: +3 beschreibt eine außerordentlich extrovertierte Persönlichkeit, -3 eine außerordentlich introvertierte Persönlichkeit.

8. Überprüfung des Charakterzugs Egozentrik aufgrund testpsychologischer Ergebnisse und Beurteilung durch die Therapeuten. Die Ergebnisse wurden wiederum übertragen auf eine Bewertungsskala mit sieben Punkten. +6 weist auf eine außerordentlich egozentrische Persönlichkeitsstruktur hin, 0 auf äußerst schwache Ich-Bezogenheit.
9. Es wurde der Frage nachgegangen, ob durch eine durch gerichtliche Auflagen quasi erzwungene Therapie Einfluß auf deren Erfolg ausgeübt wird oder nicht.

2.3. Von den Therapeuten der Bezirksklinik Hochstadt verwendete Testverfahren

1. Leistungsprüfungstest nach Horn (LPS)
2. Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory (MMPI)
3. Mandley-Medical-Questionnaire (MMQ)
4. Mehrfachwahlwortschaft-Test (MWT)
5. Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI)

Diese Testverfahren wurden von den Therapeuten innerhalb der ersten drei Monate einer Therapie angewandt, um das Persönlichkeitsbild ihrer Patienten zu objektivieren und abzurunden. Insofern gingen die ausgewerteten Tests auch in die Gesamtbeurteilung der Persönlichkeitsparameter aller Probanden ein, die in der vorliegenden Arbeit untersucht wurden. Bei jenen Patienten, die ihre Therapie erfolgreich abschlossen, wurden die oben genannten Testverfahren auch häufig mehrfach eingesetzt.

3. ERGEBNISSE DER EIGENEN UNTERSUCHUNG

3.1. Durchschnittsalter

3.1.1. Gesamtdurchschnittsalter

Das Gesamtdurchschnittsalter der 57 untersuchten Patienten beträgt 22,5 Jahre.

Gesamtdurchschnittsalter aller weiblichen Patienten:
21,6 Jahre.

Gesamtdurchschnittsalter aller männlichen Patienten:
23,45 Jahre.

3.1.2. Aufgeschlüsseltes Durchschnittsalter

Das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie betrug 23,6 Jahre.

Das Durchschnittsalter der weiblichen Patienten mit abgebrochener Therapie betrug 19,6 Jahre.

3.1.3. Ergebnis

Die weiblichen Patienten mit abgeschlossener Therapie waren im Durchschnitt 4 Jahre älter als ihre Mitpatienten mit abgeschlossener Therapie.

Das Durchschnittsalter der männlichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie betrug 23,7 Jahre.

Das Durchschnittsalter der männlichen Patienten mit abgebrochener Therapie betrug 23,2 Jahre.

Die männlichen Patienten mit abgeschlossener Therapie waren im Durchschnitt um 0,5 Jahre älter als ihre Mitpatienten mit abgebrochener Therapie.

Das Gesamtdurchschnittsalter aller männlichen und weiblichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie war mit 23,65 Jahren um 2,25 Jahre höher als das Gesamtdurchschnittsalter der männlichen und weiblichen Patienten mit abgebrochener Therapie, das bei 21,4 Jahren lag.

3.2. Dauer der Drogenkarriere

3.2.1. Durchschnittliche Dauer der "Drogenkarriere"

Insgesamt betrug die Dauer der Drogenkarriere bei allen 57 untersuchten Patienten 6,8 Jahre im Durchschnitt.

1. Die Dauer der Drogenkarriere der weiblichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie betrug 6,9 Jahre.
Die Dauer der Drogenkarriere der weiblichen Patienten mit abgebrochener Therapie betrug 4,6 Jahre.
Es ergab sich eine Differenz von 2,3 Jahren.
Die weiblichen Patienten mit abgeschlossener Therapie hatten im Durchschnitt eine um 2,3 Jahre längere Drogenkarriere hinter sich als ihre Mitpatientinnen mit abgebrochener Therapie.
2. Die Dauer der Drogenkarriere der männlichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie betrug 8,7 Jahre.
Die Dauer der Drogenkarriere der männlichen Patienten mit abgebrochener Therapie betrug 7,2 Jahre.
Es ergab sich eine Differenz von 1,5 Jahren.
Die männlichen Patienten mit abgeschlossener Therapie hatten demnach im Mittel eine um 1,5 Jahre längere Drogenkarriere hinter sich als ihre Mitpatienten mit abgebrochener Therapie.

3.2.2. Ergebnis

Die Dauer der Drogenkarriere aller männlichen und weiblichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie war im Durchschnitt um 1,9 Jahre länger als die ihrer männlichen und weiblichen Mitpatienten mit abgebrochener Therapie.

3.3. Schul- und Berufsausbildung

- 3.3.1. Von den 57 untersuchten Patienten hatten insgesamt 27 eine abgeschlossene Berufsausbildung.
19 Patienten hatten keine abgeschlossene Schulbildung.
20 Patienten hatten keine Berufsausbildung bzw. standen in keinem Lehrverhältnis.
- 3.3.2. 15 weibliche Patienten mit abgeschlossener Therapie, davon:
9 qualifizierte Berufsabschlüsse
4 ohne Beruf
2 ohne Schulabschluß
- 3.3.3. 15 weibliche Patienten mit abgebrochener Therapie, davon:
3 qualifizierte Berufsabschlüsse
7 ohne Beruf
7 ohne Schulabschluß
- 3.3.4. 15 männliche Patienten mit abgeschlossener Therapie, davon:
9 qualifizierte Berufsabschlüsse
4 ohne Beruf
7 ohne Schulabschluß

3.3.5. 12 männliche Patienten mit abgebrochener Therapie,
davon:

6 qualifizierte Berufsabschlüsse

5 ohne Beruf

3 ohne Schulabschluß

3.3.2.1. Ergebnis

Von den insgesamt 30 weiblichen und männlichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie hatten 18 qualifizierte Berufsabschlüsse, das sind 60 Prozent.

8 Patienten waren ohne Beruf (26 %)

9 ohne Schulabschluß (30 %)

Von den insgesamt 27 männlichen und weiblichen Patienten mit abgebrochener Therapie hatten lediglich 9 eine qualifizierte Berufsausbildung, das sind 33 Prozent.

12 waren ohne Beruf (44 %)

10 ohne Schulabschluß (37 %)

Damit scheint ein qualifizierter Berufsabschluß den Erfolg der Therapie stark zu begünstigen.

3.4. Intelligenz

3.4.1. Korrelation von durchschnittlicher Intelligenz und Motivation zur Therapie

Die Intelligenz aller 57 untersuchten Patienten lag im allgemeinen sowohl testpsychologisch als auch in der Beurteilung durch die Therapeuten im Bereich des Durchschnitts, wobei Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie leicht über den Werten ihrer Mitpatienten mit abgebrochener Therapie lagen.

Nur eine Patientin mit abgeschlossener Therapie wurde mit

außerordentlich intelligent bezeichnet.

Alle anderen Patienten befanden sich im Normbereich, keiner fiel unter die Normgrenze zur Debität ab.

3.4.2. Ergebnis

Eine eindeutige Korrelation zwischen Intelligenz und der Motivation zu einem erfolgreichen Therapieabschluß ließ sich nicht ermitteln.

3.5. Beziehung zu den Eltern

3.5.1. Bei den 30 weiblichen und männlichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie war das Verhältnis zu den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in nur 3 Fällen positiv,
in 16 Fällen negativ,
in 6 Fällen ambivalent,
in 5 Fällen indifferent.

3.5.2. Bei den 27 weiblichen und männlichen Patienten mit abgebrochener Therapie zeigte sich das Verhältnis zu den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten in 6 Fällen positiv,
in 16 Fällen negativ,
in 2 Fällen ambivalent,
in 3 Fällen indifferent.

3.5.3. Ergebnis

Aus der Beziehung zu den Eltern bzw. Erziehungsberechtigten ließ sich keine eindeutige Korrelation zur Motivation der Patienten bezüglich ihrer Therapie nachweisen.

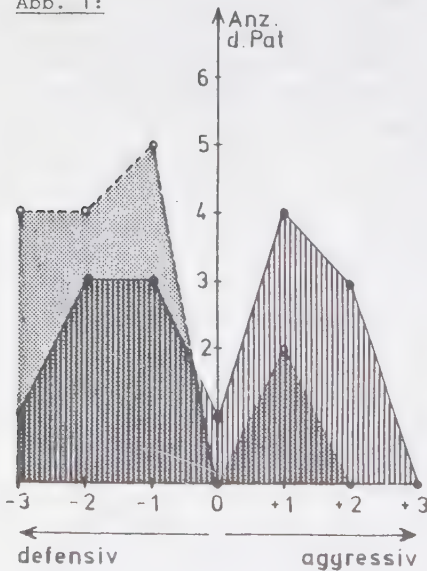
3.6. Maskulinität / Feminität

- 3.6.1. Es werden die Verhaltensweisen aggressiv/aktiv und defensiv/passiv bezüglich ihres Einflusses auf die Motivation zur Therapie hin überprüft

Mit dem oben beschriebenen siebenpunktigen Bewertungsschema lassen sich folgende Diagramme darstellen:

In Abbildung 1 werden die Charaktermodalitäten aggressiv/aktiv und defensiv/passiv der weiblichen Patienten dargestellt.

Abb. 1:



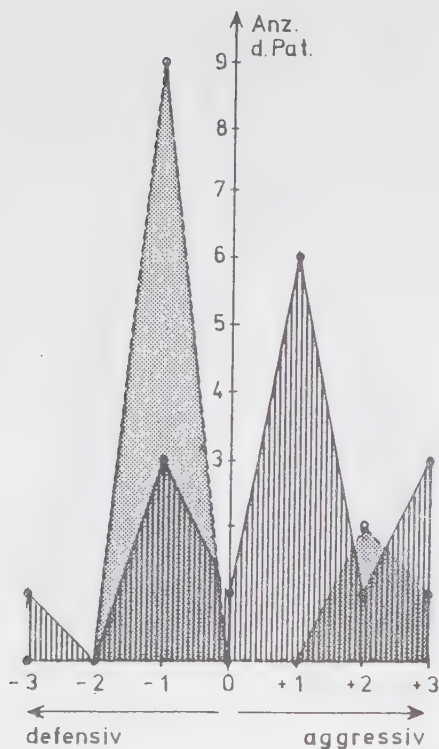
= Patientinnen mit erfolgreich abgeschlossener Therapie



= Patientinnen mit abgebrochener Therapie

In Abbildung 2 werden die Charaktermodalitäten aggressiv/aktiv und defensiv/passiv der männlichen Patienten dargestellt:

Abb. 2:



= Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie



= Patienten mit abgebrochener Therapie

3.6.2. Ergebnis

Wie aus beiden Kurven deutlich zu entnehmen, zeigten sowohl die weiblichen als auch die männlichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie wesentlich stärker ausgeprägte aggressiv/aktive Verhaltensweisen als ihre Mitpatienten/-innen mit abgebrochener Therapie, die eher zu defensiv/passivem Verhalten neigten.

So ließen sich bei 30 untersuchten Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie in insgesamt 17 Fällen deutlich aggressiv/aktive Verhaltensweisen feststellen, wohingegen bei 27 Patienten mit abgebrochener Therapie nur in fünf Fällen ähnliche Verhaltensweisen registriert werden konnten.

In 22 Fällen aus dem letzteren Patientenkollektiv zeigten sich stark defensiv/passive Verhaltensweisen, also in mehr als 81 Prozent, während die Mitpatienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie nur in fünf Fällen (16 %) zu ähnlichem Verhalten neigten.

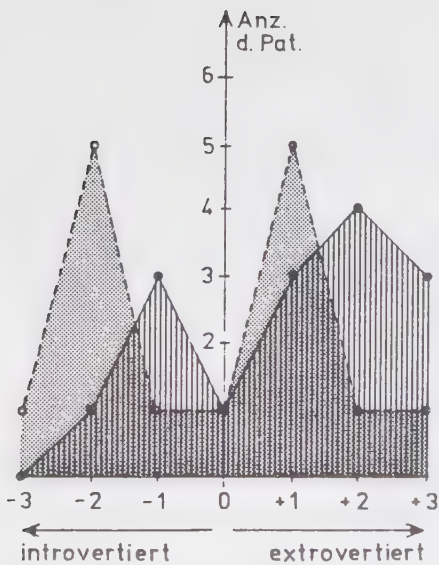
3.7. Extraversion/Intraversion

3.7.1. Im folgenden sollen die im Persönlichkeitsbild als Extraversion bzw. Intraversion beschriebenen Charaktereigenschaften bezüglich ihres Einflusses auf die Motivation zur Therapie hin überprüft werden.

Mit dem oben beschriebenen Bewertungsschema in sieben Punkten lassen sich folgende Diagramme darstellen:

In Abbildung 3 werden die Charaktermodalitäten Extraversion bzw. Intraversion der weiblichen Patienten dargestellt.
Klientel: 30 Patientinnen.

Abb. 3:



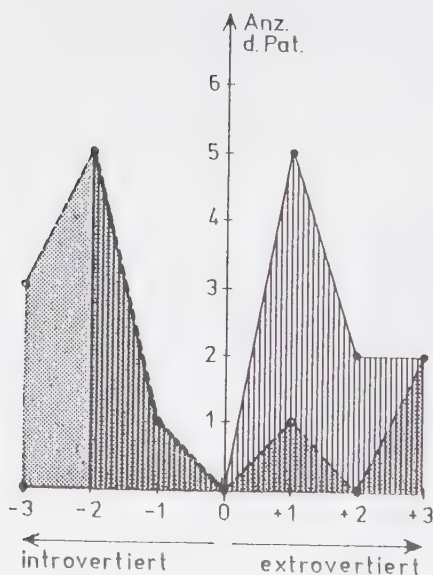
= Patientinnen mit erfolgreich abgeschlossener Therapie



= Patientinnen mit abgebrochener Therapie

In Abbildung 4 werden die Charaktermodalitäten Extraversion bzw. Intraversion der männlichen Patienten dargestellt.
Klientel: 27 Patienten.

Abb. 4:



= Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie



= Patienten mit abgebrochener Therapie

3.7.2. Ergebnis

Wie in beiden Diagrammen deutlich zu sehen, neigten sowohl die männlichen als auch die weiblichen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie wesentlich stärker zur Extraversion als ihre Mitpatienten mit abgebrochener Therapie, die in ihrer Persönlichkeitsstruktur eher introvertiert, in sich gekehrt waren.

Es ließen sich bei 30 untersuchten Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie in insgesamt 19 Fällen Persönlichkeiten finden mit stark extroversiven Charakterzügen, wohingegen es bei ihren 27 Mitpatienten mit abgebrochener Therapie nur insgesamt 10 waren.

Im Verhältnis also 63 % zu 37 %.

Bei den 30 Patienten mit erfolgreichem Therapieabschluß ließen sich in 10 Fällen mehr introvertierte Persönlichkeiten finden, während es bei den 27 Mitpatienten mit abgebrochener Therapie 16 waren.

Das entspricht einem Verhältnis von 33 % zu 59 %.

Somit scheint eine signifikante Erhöhung der Motivation durch die Charaktereigenschaft Extraversion gegeben.

3.8. Egozentrik

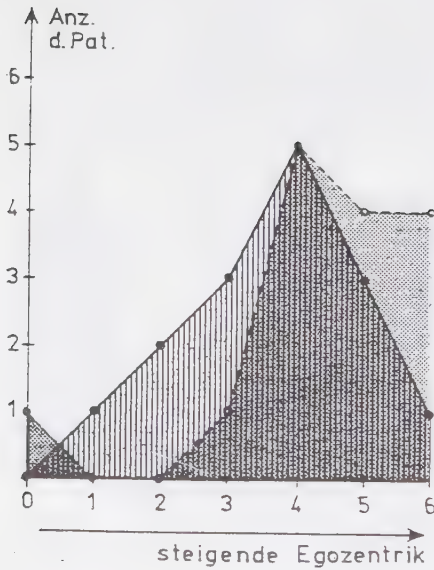
3.8.1. Im folgenden soll überprüft werden, ob und inwieweit eine starke Ich-Bezogenheit (Egozentrik) Einfluß auf die Motivation zur Therapie hat.

Mit der oben beschriebenen Bewertungsskala lassen sich folgende Diagramme darstellen:

In Abbildung 5 wird der Charakterzug Egozentrik der weiblichen Patienten aufgezeichnet.

Klientel: 30 Patientinnen.

Abb. 5:



= Patientinnen mit erfolgreich abgeschlossener Therapie

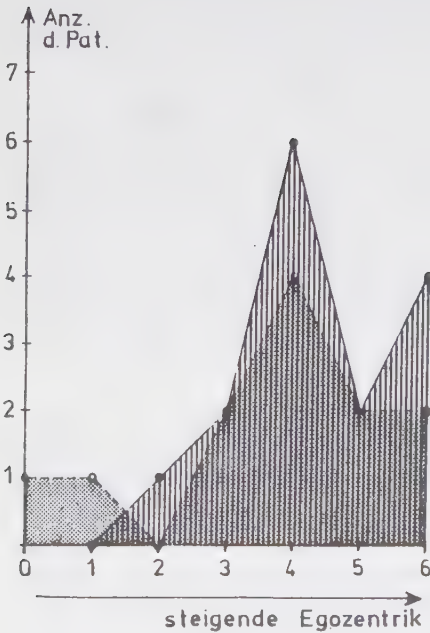


= Patientinnen mit abgebrochener Therapie

In Abbildung 6 wird das Persönlichkeitsmerkmal Egozentrik der männlichen Patienten dargestellt.

Klientel: 27 Patienten.

Abb. 6:



= Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie



= Patienten mit abgebrochener Therapie

3.8.2. Ergebnis

Legt man bei Werten zwischen den Punkten 2 und 4 auf der Egozentrikskala eine statistische Norm der Ich-Bezogenheit zugrunde, so stellt man fest, daß das Niveau der Egozentrik im Durchschnitt bei den männlichen Patienten ebenso hoch liegt wie bei den weiblichen, nämlich bei 4,0 bzw. 4,06.

Errechnet man die Durchschnittswerte jener Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie und vergleicht sie mit den Durchschnittswerten der Patienten mit abgebrochener Therapie, so ergeben sich auch hier nur minimale Unterschiede von 0,03 zugunsten der Patientengruppe mit abgebrochener Therapie. Es läßt sich lediglich feststellen, daß bei Drogenabhängigen die Egozentrik allgemein etwas stärker ausgeprägt sein dürfte als es der Norm entspräche (der errechnete Durchschnittswert liegt bei 4,04 auf der von 0 bis 6 reichenden Egozentrikskala).

Bei den weiblichen Patienten liegt das Durchschnittsniveau der Gruppe mit erfolgreich abgeschlossener Therapie bei 3,66 etwas unter dem Niveau jener Gruppe mit abgebrochener Therapie, das bei 4,46 liegt, während sich bei den männlichen Patienten genau umgekehrte Daten ergeben.

So liegt in der Gruppe der Patienten mit abgebrochener Therapie das Durchschnittsniveau bei 3,75 und bei ihren Mitpatienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie bei 4,4 auf der Egozentrikskala.

Signifikante Ergebnisse lassen sich daraus kaum ablesen. Vielleicht könnte man zusammenfassend sagen, daß bei weiblichen Patienten eine übersteigerte Ich-Bezogenheit eher schädlichen Einfluß auf die Motivation zur Therapie hat, während bei den männlichen Patienten eine starke Egozentrik im Hinblick auf die Motivation zur Therapie förderlich zu sein scheint.

3.9. Gerichtliche Auflagen

3.9.1. Im folgenden wird untersucht, ob durch gerichtliche Auflagen die Motivation zur Therapie günstig beeinflußt wird oder nicht.

Von 30 untersuchten Patienten beiderlei Geschlechts mit erfolgreich abgeschlossener Therapie waren 19 durch gerichtliche Anordnung vor die Wahl gestellt, entweder Therapie zu machen oder eine Gefängnisstrafe abzubüßen.

Von 27 Patienten beiderlei Geschlechts mit abgebrochener Therapie hatten nur 5 gerichtliche Auflagen.

3.9.2. Ergebnis

Da somit 63 % jener Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie, aber nur 19 Prozent ihrer Mitpatienten mit abgebrochener Therapie durch gerichtliche Auflagen gebunden waren, läßt sich eine signifikant günstige Beeinflussung auf die Motivation zur Therapie durch gerichtliche Auflagen feststellen.

4. DISKUSSION

Schlechte Therapiemotivation und Therapieabbrüche sind in jeder Einrichtung zur Behandlung Drogenabhängiger das größte Problem (Schmidbauer, v.Scheidt, 1981).

Nach Waldmann (1979) bricht fast die Hälfte der männlichen Patienten die Therapie nach weniger als 4 Wochen ab. Bei Frauen häufen sich die Abbrüche nach circa 8 Wochen. Nur etwa ein Drittel der Frauen und ein Fünftel der Männer schließen eine Therapie ab.

Eine sorgfältige Überprüfung der Motivation zu Beginn einer Therapie ist demzufolge mit ausschlaggebend für deren Effektivität, zumal die Erfahrung zeigt, daß häufig ein Patient, der die Therapie abbricht, andere Patienten mitreißt.

In der vorliegenden Arbeit wurde aufgrund katamnestischer Untersuchungen an 57 Patienten der Drogenklinik Hochstadt deren Motivation zur Therapie untersucht und korreliert mit dem erfolgreichen bzw. erfolglosen Abschluß der Therapie. Dies geschah anhand der neun folgenden Parameter:

- Durchschnittsalter
- Dauer der Drogenkarriere
- Schul- bzw. Berufsausbildung
- durchschnittlicher Intelligenzquotient
- Beziehung zu den Eltern
- Charaktereigenschaften, die in psychologischen Tests häufig als weiblich bzw. männlich bezeichnet werden, also aggressiv/aktives Verhalten bzw. defensiv/passives.
- Extraversion/Intraversion
- Egozentrik
- gerichtliche Auflage

Wie aus der Übersichtstabelle I zu ersehen, ließen die Para-

meter "Intelligenzquotient" und "Beziehung zu den Eltern" keine Rückschlüsse auf die Motivation jugendlicher Drogenabhängiger zur Therapie zu, außer der schon von anderen Autoren beschriebenen Tatsache, daß der Prozentsatz an Brokenhome-Familien bei diesem Patientenkreis besonders hoch ist. Im vorliegenden Fall liegt ihr Anteil bei 56 Prozent - Viktor Hobi (1973) spricht von 63 Prozent -.

Der IQ lag in allen Untersuchungskollektiven auf durchschnittlichem Niveau. Demzufolge ließ sich keine eindeutige Korrelation zwischen IQ und der Motivation zu einem erfolgreichen Therapieabschluß ermitteln.

Ebenso ließ sich zwischen der Persönlichkeitsmodalität Egozentrik und dem Erfolg der Therapie, woraus die Motivation dazu abgeleitet werden könnte, keine Beziehung herstellen.

Übersichtstabelle I

N=57		Dauer d. Dr.-	Beruf	Ø	Bez. zu den	♂ bzw. ♀	Extravers.	Egonzentrik	Gerichtl
		Karriere	Schule	IQ	Eltern	Eigensch.	Intravers.		Aufl.
♂	pos.		60% mit Beruf	Ø	3 positiv 16 negativ	Ø-Wert gesamt =	Ø-Wert gesamt =		
		23,65	26% ohne Beruf		6 ambival. 5 indiff.	0,6	0,63		63 %
♀	pos.		30% ohne Schulab.	Ø					
N=15									
♂	neg.		33% mit Beruf	Ø	6 positiv 16 negativ	Ø-Wert gesamt =	Ø-Wert gesamt =		
		21,38	44% ohne Beruf		2 ambival. 3 indiff.	- 0,84	- 1,34		19 %
♀	neg.		37% ohne Schulab.	Ø					
N=15									
Diff.		2,27	27 % - 18 %		-3 positiv -./- 4 ambival. 2 indiff.	1,24	1,97	- 0,11	44 %
			- 7 %						
Signifi- kanz A		3,46		-	-	10,19	4,03	-	

1. Wie aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung in der Übersichtstabelle I (siehe auch 3.1.3.) abzulesen ist, betrug das Gesamtdurchschnittsalter jener weiblichen und männlichen Patienten ($N = 30$), die eine Langzeittherapie erfolgreich abschlossen 23,65 Jahre, während es bei jenen Patienten, die eine Behandlung vorzeitig abbrachen ($N = 27$) bei 21,38 Jahren lag. Die Differenz zwischen beiden Kollektiven beträgt 2,27 Jahre.

Die Signifikanz zwischen dem Alter der Patienten und einem erfolgreichen Therapieabschluß wurde nachgewiesen (siehe unten).

Dieses Ergebnis legt die These nahe, daß sich ein höheres Lebensalter der Patienten bei Beginn einer Langzeittherapie positiv auf deren Motivation zur Therapie auswirkt.

Allerdings sei nicht verschwiegen, daß diese Aussage im Widerspruch zu einer Untersuchung der "Drogenhilfe Tübingen" steht, wonach das Durchschnittsalter der "Abbrecher" nahezu identisch sei mit dem des Gesamtklientels, das Alter also keine Bedeutung für die Vollendung einer Behandlung habe (Pörksen, 1980).

Signifikanztest:

Bezeichnungen: H_0 = Nullhypothese
A = Alternative
a = Signifikanzzahl (0,05)

Die Behauptung, die bewiesen werden soll, wird als Alternative bezeichnet.

n = Anzahl der Patienten

def: Diff = $\overline{\text{Alter}}_+ - \overline{\text{Alter}}_-$

H_0 : Diff = 0 (d.h. kein Zusammenhang zw. Alter und Erfolg der Th.)

A : Diff > 0

$$\text{P.V. } Q(\text{Alter}, \text{Diff}) = \frac{\overline{\text{Alter}} - \text{Diff}}{S_{\text{Alter}}} \sqrt{n}$$

$$C = \{ \text{Alter}, Q(\text{Alter}, \text{Diff}_0) > c \}$$

$$P_C(C) = P \{ Q(., 0) > c \} = 1 - F_{t_n}(c) \stackrel{!}{=} \alpha$$

$$\text{i) } n = 30 \quad \alpha = 0,05$$

$$F_{t_{30}}(c) = 0,95 \xrightarrow{\text{Tab.}} c = 1,70$$

$$\text{ii) } \overline{\text{Alter}} = 2,33$$

$$S_{\text{Alter}} = 3,69 \quad \longrightarrow \quad Q(\text{Alter}, 0) = 30 \frac{2,33 - 0}{3,69} =$$

$$= \underline{3.46}$$

$$\underline{\text{Ergebnis:}} \quad Q(\text{Alter}, 0) = 3,46 \text{ c}$$

$$\Longrightarrow \quad A \text{ ist signifikant nachgewiesen}$$

Es wäre wünschenswert, dem Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und deren Motivation zu einer Langzeittherapie in weiteren Untersuchungen nachzugehen.

2. Wie bereits unter (3.2.2.) aufgezeigt wurde, und aus der Übersichtstabelle ablesbar ist, betrug die durchschnittliche Dauer der Drogenkarriere jener Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie (N = 30) 7,8 Jahre, während sie im Patientenkollektiv der Abbrecher (N = 27) mit 5,9 Jahren im Durchschnitt um 1,9 Jahre niedriger lag.

Die Signifikanz zwischen der Dauer der Drogenkarriere und einem erfolgreichen Therapieabschluß wurde nachgewiesen (s.u.). Demnach wirkt sich ein längerer Drogenkonsum positiv auf die Motivation zur Therapie aus.

Dies wurde auch von anderen Autoren beschrieben (Kaliner, 1979).

Verständlich wird das Ergebnis, wenn man davon ausgeht, daß mit der Dauer des Drogenkonsums die sozialen und gesundheitlichen Probleme des Suchtkranken zunehmen, sowie der Druck von seiten der Eltern, Ärzte und des Gesetzes sich im allgemeinen verstärkt.

Bei der Analyse eines Interviews mit 58 Ex-Usern nach drei Jahren Drogenfreiheit zeigte sich, daß die Hauptgründe, den Drogenkonsum aufzugeben, sich bei ihnen wie folgt aufgliederten:

1. Des Lebens auf der Szene überdrüssig	23
2. Unangenehme Wirkungen von Drogen einschließ- lich Infektionen	16
3. Arbeitsmöglichkeit	6
4. Stabile sexuelle Beziehung zu drogenfreiem Partner	8

Die restlichen fünf Befragten gaben als Gründe ihres Drogenverzichts religiöse und politische Motive, bzw. Schwangerschaft an.

Es zeigte sich, daß jene, die des Lebens auf der Szene als Fixer überdrüssig waren, hauptsächlich zur Kategorie mit

langjähriger Drogenvergangenheit gehörten, während jene, die den Drogenkonsum aus Angst aufgegeben hatten, Anfänger waren (Gunne, Frykholm, 1980).

Diese bimodale Verteilung der "Ehemaligen" gilt es noch durch weitere Untersuchungen zu bestätigen.

Signifikanztest:

$$\text{def:} \quad t = t_+ - t_-$$

$$H_0 : \quad t = 0$$

$$A : \quad t > 0 \quad (\text{d.h.: je länger die Dr.-Karriere, desto höher die Chancen zu einem erfolgreichen Therapieabschluß})$$

$$\begin{aligned} \text{P.V.:} \quad Q(\text{Zeit}, t) &= \sqrt{n} \frac{\bar{t} - t}{s_t} \\ &= P \{ Q(., 0) > c \} = 1 - F_{t_n}(c) \stackrel{!}{=} a \end{aligned}$$

$$\text{i)} \quad n = 30 \quad a = 0,05$$

$$F_{t_{30}}(c) = 0,95 \longrightarrow c = 1,70$$

$$\text{ii)} \quad \bar{t} = 1,87$$

$$s_t = 3,31$$

$$Q(t, 0) = \sqrt{30} \frac{1,87 - 0}{3,31} = 3,09 > c$$



A ist signifikant nachgewiesen

3. Wie wichtig die soziale Eingliederung in Schule und Beruf zur Bewältigung der Drogensucht beim Jugendlichen ist, geht deutlich aus Punkt 3(3.3.2.1.) der vorliegenden Arbeit hervor.

Aus der Übersichtstabelle läßt sich klar entnehmen, daß der motivierende Effekt einer abgeschlossenen Berufs- und Schulausbildung unbestritten sein dürfte. Während in der Gruppe der "Abbrecher" (N = 27) lediglich 33 %, also 9 Patienten, eine abgeschlossene Berufsausbildung hatten, waren es im Kollektiv der "Erfolgreichen" (N = 30) immerhin 60 %, also 27 % mehr.

Ohne Beruf waren in dieser Gruppe nur 26 % der Probanden, und ohne Schulabschluß 30 %. Demgegenüber gab es im Kollektiv der "Abbrecher" 44 % ohne Berufs- bzw. 37 % ohne Schulabschluß, also 18 % bzw. 7 % mehr, die weder über einen qualifizierten Beruf, noch über eine abgeschlossene Schulbildung verfügten.

Dieses Untersuchungsergebnis könnte als Bestätigung der Meinung des amerikanischen Psychologen Stanton Peele von der University of Michigan angesehen werden, der sagt, daß süchtig werde, wer außer Suchtmitteln keine natürlichen Stützen mehr im Leben habe.

Er belegt dies mit der Beobachtung, daß zwar viele US-Soldaten in Vietnam während des Krieges heroinsüchtig wurden, daß sie aber zuhause, wieder in ihren Familien integriert, das Rauschgift bald wieder aufgeben konnten (Schmidbauer, v.Scheid, 1981).

4. Wie bereits aus der Übersichtstabelle zu ersehen, und unter 3.4.2. erläutert, ließ sich zwischen der Intelligenz der 57 Probanden und ihrer Motivation zur Therapie kein eindeutiger Bezug herstellen. Der IQ aller Probanden lag im Normbereich. Damit konnte die bereits 1970 von den Wiener Psychiatern R. Mader und W. Sluga erwähnte

Beobachtung, daß jugendliche Drogenabhängige immer häufiger Intelligenzmängel aufwiesen, nicht nachvollzogen werden. Allerdings wurde die Studie der Wiener Psychiater an der Psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik der österreichischen Hauptstadt erstellt, wohin drogenabhängige Jugendliche meist zwangseingewiesen wurden. Intelligenzschwache kommen aber eher in Kliniken, weil sie leichter festgenommen werden (Mader, R., W. Sluga, 1970).

5. Wie bereits eingangs erwähnt, konnte unter Punkt 5 (auch 3.5.3.) keine signifikante Beziehung zwischen dem Verhältnis der Probanden zu ihren Eltern und ihrer Motivation zur Therapie hergestellt werden.

Es ließ sich lediglich die hinlänglich bekannte Tatsache erhärten, daß ein hoher Prozentsatz der jugendlichen Drogenabhängigen aus Brokenhome-Familien stammen, oder der Kontakt und die emotionalen Bindungen zu den Eltern sehr zu wünschen übrig lassen - und zwar ohne Unterschied der sozialen Schicht, wie der jüngst publizierte Fall der rauschgiftsüchtigen Tochter des Münchener Staranwalts Bossi verdeutlichte.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die 57 Probanden nach ihren Beziehungen zu den Eltern befragt. 32 (56 %) von ihnen gaben ein sehr schlechtes Verhältnis zu beiden Elternteilen an, wobei außer Acht gelassen wurde, ob die Eltern zusammenlebten oder getrennt.

In der Gruppe der "Erfolgreichen" waren es 16 (53 %), und in der Gruppe der "Abbrecher" ebenfalls 16 (59 %), da in diesem Kollektiv N = 27).

Dieses Ergebnis verwundert wenig, wenn man den psychoanalytischen Ansatz zur Dynamik der Sucht näher betrachtet.

Danach wird die Psychodynamik Süchtiger nach Lürßen als "schwere narzißtische Kränkung" (Lockot, 1977) beschrieben.

Diese Jugendlichen müssen also bereits in ihrer frühkindlichen Entwicklung schwere Kränkungen erlebt haben, die die Entfaltung ihres Selbstwertgefühls verhindert oder zumindest beeinträchtigt haben.

Drogenabhängige Jugendliche wurden von ihren Müttern häufig als Projektionsschirme für eigene Probleme in Anspruch genommen, so daß die frühe Form der Liebe, die die Kinder brauchen, nicht berücksichtigt wurde (Lockot, 1977).

Die daraus resultierende typisch ambivalente Erziehung in der Primärphase der Kindesentwicklung, also ein Pendeln zwischen Entbehrung und Verwöhnung, zwischen Entzug und Abhängigkeit (von der mütterlichen Brust, siehe auch: M. Klein, 1972), könnte "konstituierend für die Sucht sein und seinen Ursprung in der primären narzißtischen Kränkung des Kindes durch die mangelnde Beziehungsfähigkeit der Mutter haben" (Lockot, 1977).

Neben einer zweiten Kränkung in der sekundären narzißtischen Phase, wenn das Kind anfängt, sich für seine Umwelt zu interessieren, für Vater und Geschwister beispielsweise, und die ersten Objektbesetzungen aufnimmt - die im Fall des später Suchtkranken mißlingen, weil die mit Libido besetzten Objekte (Vater, Geschwister) sich entziehen, oder nicht in der Lage sind, auf das Kind einzugehen, das Kind demzufolge auf sich selbst zurückgeworfen wird und späterhin kaum noch echte Vertrauensbeziehungen zu anderen Menschen aufbauen kann, dürfte die mangelhafte Lösung der Adoleszenzkrise entscheidend sein für die endgültige Flucht in die Droge. Eine angemessene Lösung dieses Adoleszenzkonflikts wäre, wenn der Jugendliche nach einer Phase des Zorns, der Enttäuschung und Trauer darüber, daß seine Eltern der ursprünglichen Idealisierung nicht genügen, diese so annehmen und akzeptieren lernen würde, wie sie tatsächlich sind.

Jugendliche, die bereits als Kleinkinder primäre und sekundäre narzißtische Kränkungen erlebt haben und sich diesen alten Gefühlen nun hilflos ausgeliefert sehen, werden versuchen, sie zu unterdrücken. Drogen helfen dabei, den tatsächlichen Zustand zu verdecken und fixieren diese Jugendlichen in einer bestimmten Phase ihrer Entwicklung.

Dazu schreibt Zauner 1976: "Hält er (der Jugendliche) an den archaisch idealisierten Elternimages fest, wird er die Kränkungen durch die Realität nicht verwinden".

Rachetendenzen gelten als feiner Indikator für einen verwundeten Narzißmus (Lockot, 1977). So ist es wenig verwunderlich, wenn Süchtige häufig ihre Eltern bestrafen wollen, indem sie sich mit Heroin "vollknallen", ja den Wunsch äußern, ihre Eltern mögen sie in diesem Zustand sehen (Lockot, 1977).

6. Der sechste Parameter dieser Untersuchung geht der Frage nach, inwieweit sich Unterschiede verifizieren lassen zwischen den beiden Gruppen der Probanden mit erfolgreich abgeschlossener Therapie und jener mit Therapieabbruch bezüglich Maskulinität/Feminität und ihres möglichen Einflusses auf die Motivation zur Therapie.

Testpsychologisch wurden diese Eigenschaften von den Therapeuten der Bezirksklinik Hochstadt anhand von FPI (Freiburger-Persönlichkeits-Inventar), der die typisch männliche - typisch weibliche Selbstschilderung erfaßt, sowie MMPI (Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory), einem multidimensionalen Persönlichkeitstest, überprüft und bestätigt aufgrund des Gesamteindrucks während der Therapie, den die Probanden auf die Therapeuten machten.

Um die von mir verkürzt formulierten Eigenschaften aggressiv/aktiv (maskulin) und defensiv/passiv (feminin) noch einmal aufgeschlüsselt zu verdeutlichen, möchte ich an

dieser Stelle die beiden psychologischen Dimensionen der Skala FPI M wörtlich und ausführlich wiedergeben (nach Fahrenberg und Selg, 1970).

FPI M

Hoher Testwert: Pb. schildert aktive, u.U. auch körperliche Durchsetzung, selbstbewußt, unternehmungslustig, zuversichtlich, einsatzbereit; ausgeglichene Stimmungslage; wenig körperliche Beschwerden, wenig Lampenfieber und wenig psychosomatische Allgemeinstörungen.

Niedriger Testwert: Pb. schildert Zurückhaltung, schüchtern, u.U. gehemmt; niedergedrückte Stimmung, leicht enttäuscht oder verzagt; wenig Zuversicht oder Selbstvertrauen; körperliche Beschwerden und psychosomatische Allgemeinstörungen, speziell Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindelgefühle, kalte Hände und Füße; Verstopfung, Licht- und Geräuschempfindlichkeit, bei Aufregung weiche Knie und körperliche Unruhe. Lampenfieber, oft gespannt, matt und erschöpft, Wetterfühligkeit.

Wie aus der Übersichtstabelle I und aus den Ergebnissen (3.6.2.) ersichtlich, ließen sich im Kollektiv der "Erfolgreichen" (N = 30) deutlich aggressiv/aktive Verhaltensweisen feststellen bei 17 Probanden, das sind 56,6 % und nur 5 Probanden zeigten stark defensiv/passive Verhaltensweisen, also 16 %.

In der Gruppe der "Abbrecher" (N = 30) ließen sich dagegen nur 5 Probanden mit deutlich aggressiv/aktivem Verhalten finden, also 18,5 %, während in 22 Fällen 81,5 %, sich stark defensiv/passive Verhaltensweisen feststellen ließen.

In diesem Zusammenhang kann nicht auf die Frage von Ursache und Wirkung näher eingegangen werden, also, ob die überprüften Persönlichkeitsdimensionen Prädikatoren der Sucht sind, oder deren Folgen.

Dies müßte in weiterführenden Untersuchungen festgestellt werden.

Wie in der Problemstellung (2.2.) bereits näher erläutert, wurden die Charaktereigenschaften maskulin/feminin in ein siebenpünktiges Bewertungsschema übertragen.

Unter diesen Voraussetzungen läßt sich deren Signifikanz bezüglich der Motivation zur Therapie wie folgt berechnen, wenn man Motivation mit einem erfolgreichen Therapieabschluß gleichsetzt.

Signifikanztest:

$$\begin{array}{ccccccc}
 3 & 2 & 1 & 0 & -1 & -2 & -3 \\
 + & 3 & 4 & 10 & 2 & 6 & 3 & 2 \\
 & \underbrace{}_{17} & & & & \underbrace{}_{11} & & \\
 \\
 - & 1 & 2 & 2 & 0 & 14 & 4 & 4 \\
 & \underbrace{}_5 & & & & \underbrace{}_{22} & &
 \end{array}$$

Kontingenztafel:

		$\xrightarrow{s}$		+	-	
$r \downarrow$	3	Koeffizient	0	17	5	22
	0	Koeffizient	-3	11	22	33
				$\sum 28$	$\sum 27$	55 "n"

$$r = s = 2 \longrightarrow (r - 1)(s - 1) = 1 \text{ Freiheitsgrad}$$

$$\text{i) } a = 0,05 \quad \xrightarrow{\text{Tab.}} \quad c = 3,84$$

$$\text{ii) } T = \frac{n^2}{27 \cdot 28} \left(\frac{17^2}{22} + \frac{11^2}{33} - \frac{28^2}{55} \right) = 10,19$$

(Testgröße)

$$10,19 > c$$

Ergebnis: Ein erfolgreicher Therapieabschluß ist abhängig vom Koeffizienten

Damit scheint erwiesen, daß ein Opiatabhängiger- und um solche handelt es sich in Hochstadt hauptsächlich - umso besser zu einer Langzeittherapie motivierbar ist, je "maskuliner", also aggressiver und aktiver seine Verhaltensweisen sind.

7. Im siebten Parameter sollte überprüft werden, inwieweit Extraversion bzw. Intraversion der Probanden sich auf den erfolgreichen Abschluß einer Langzeittherapie auswirkt, also - per definitionem - in Zusammenhang steht mit deren Motivation zur Therapie. Das Verfahren zum Nachweis der Persönlichkeitsdimensionen Extraversion/Intraversion entspricht dem unter II.7. und VI.6. beschriebenen. Wie aus der Übersichtstabelle I zu entnehmen (siehe auch (3.7.2.)) neigten im Kollektiv der "Erfolgreichen" sowohl die männlichen als auch die weiblichen Patienten wesentlich stärker zur Extraversion, verstanden es also besser aus sich herauszugehen, waren geselliger, kontaktsuchender und kontaktfähiger, auch ungezwungener und impulsiver als jene Patienten, die die Langzeittherapie vorzeitig abbrachen. Unter diesen "Abbrechern" waren dementsprechend mehr Probanden zu finden, die zurückhaltend bis kontaktarm waren, lieber für sich allein bleiben wollten, als wenig unternehmenslustig, passiv und selbstgenügsam galten und sich selbst dafür hielten (FPI). Mithin ließen sich im Kollektiv der "Erfolgreichen" (N=30) in 19 Fällen Persönlichkeiten mit stark extraversiven Charakterzügen finden, das sind 63 %, und nur in zehn Fällen solche mit mehr introversiven (33 %). Im Kollektiv der "Abbrecher" (N = 27) waren dagegen lediglich 10 Patienten

mehr extravertiert (37 %) und 16 (59 % stark introvertiert.

Die Differenz der Durchschnittswerte aus beiden Kollektiven betrug 1,97, wenn man das siebenpunktige Bewertungsschema als Maßstab nimmt.

Unter diesen Voraussetzungen läßt sich die Signifikanz eines Zusammenhangs zwischen den Persönlichkeitsdimensionen Extraversion/Intraversion und der Motivation zur Therapie wie folgt berechnen:

Signifikanztest:

	3	2	1	0	-1	-2	-3
+	5	6	8	1	4	6	0
	19				10		
-	3	1	6	1	2	10	4
	10				16		

Kontingenztafel:

		+	-		
3	» Koeffizient	> 0	19	10	29
0	» Koeffizient	> -3	10	16	26
			29	26	55

i) wie bei 6.6., $a = 0,05$ Tab. → $c = 3,84$

$$ii) T = \frac{55^2}{26 \cdot 29} - \left(\frac{19^2}{29} + \frac{10^2}{26} - \frac{29^2}{55} \right) = 4,03$$

$$T > c$$

Ergebnis: Ein erfolgreicher Therapieabschluß ist vom Koeffizienten abhängig.

Demzufolge hat derjenige Drogenabhängige eine größere Chance, die Therapie erfolgreich abzuschließen, der ein hohes Maß an Extraversion zeigt, während die mehr Introvertierten eher zum Abbruch tendieren.

Diese Beziehung zwischen der Motivation zur Therapie und dem Maß an Extraversion von jugendlichen Süchtigen wird auch von anderen Autoren vermutet.

Regine Lockot verglich die persönlichen Angaben bezüglich der Motivation zu einer Therapie von zehn Klienten, die bereits im Durchschnitt 1 1/2 Jahre drogenfrei in einer therapeutischen Wohngemeinschaft lebten, mit den "Motivationen" von zehn Klienten, die schon während der ersten Therapiewochen rückfällig geworden waren.

Dabei trat ein auffallender Unterschied zutage.

Die "Erfolgreichen" bezogen sich in ihren Angaben häufiger auf andere Leute, von denen sie sich Hilfe erhofften oder die sie durch die Sucht schädigten oder beeinträchtigten. Außerdem erwähnten sie öfter eine berufliche Perspektive, die sie, gebannt durch die Drogen, nicht verwirklichen könnten.

Demgegenüber stand in der Gruppe der "Abbrecher" ein höherer Grad an Selbstbezogenheit und Resignation im Vordergrund.

Lockot (1977) schloß daraus, daß bei Klienten, die eine therapeutische Behandlung durchhalten, einerseits eine größere Beziehungsfähigkeit vorhanden zu sein scheint, andererseits die Möglichkeit, einen gewissen Spannungsbogen (Gedanken an eine Perspektive) auszuhalten (Lockot, 1977). Diese Schlußfolgerung konnte durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden.

Es ließ sich nicht ermitteln, ob und inwieweit das für eine Therapie offenbar notwendige Maß an Extraversion bzw. "Masculinität" bereits bei Klinikeintritt vorhanden war, oder erst während der ersten drei Monate Therapie geschaffen wurde.

8. Wenn man davon ausgeht, daß der Süchtige in seiner Kindheit einer schweren narzißtischen Kränkung ausgesetzt war, und durch die Verletzung des Selbstwertgefühls auf das eigene Ich zurückgeworfen wurde, was dann in seiner Sucht, dem "pharmakologisch hergestellten regressiven Zustand einer infantilen narzißtischen Allmacht und Größe" (Lürßen, 1974), Ausdruck findet, verwundert die starke Ich-Bezogenheit der meisten Süchtigen wenig. Diese Ich-Bezogenheit wird auf der Scene zur Ich-Besessenheit, weil die Scene als "Umkehr der bürgerlichen Stastushierarchie" (Schneider, 1973), wo derjenige der Größte ist, der die härteste Droge schießt und am kaputtesten ist, wo alles sich nur um die Droge dreht und echte Beziehungen praktisch nicht zustande kommen, als hochgradiger Verstärker der egozentrierten Persönlichkeit wirkt.

Für eine Therapie, die gerade die Beziehungsfähigkeit ihrer Klienten fördern will und muß, ergeben sich von daher große Schwierigkeiten.

In der vorliegenden Arbeit wurde nun der Versuch unternommen zu klären, inwieweit der erfolgreiche Therapieabschluß im Zusammenhang steht mit dem Grad an Egozentrik von 57 Klienten der Bezirksklinik Hochstadt.

Dieser Grad an Egozentrik wurde ermittelt aufgrund der unter 2.3. beschriebenen Testverfahren und des katamnestischen Gesamturteils der Therapeuten.

Auf eine siebenpunktige Bewertungsskala übertragen (siehe 3.8.1.), ergaben sich folgende Werte (auch: Übersichtstabelle I):

Bei jenen Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie (N = 30) ließ sich ein Durchschnittswert auf der von 0 bis +6 reichenden Egozentrikskala errechnen, der bei 4,03 lag.

Der Durchschnittswert der "Abbrecher" (N = 27) lag bei 4,14. Aus der Differenz von nur 0,11 Teilstrichen läßt

sich bereits ablesen, daß kaum ein signifikanter Zusammenhang zwischen einem erfolgreichen Therapieabschluß und dem Grad an Egozentrik bestehen dürfte, was sich im Signifikanztest leicht beweisen läßt.

Unsere Untersuchung bestätigte lediglich die längst bekannte - und eingangs bereits erwähnte - Tatsache, daß drogenabhängige Jugendliche im allgemeinen zur übersteigerten Egozentrik neigen.

Signifikanztest:

	0	1	2	3	4	5	6
+ 0		1	3	5	11	8	5
- 2		1	0	2	11	6	8

Kontingenztafel:

	+	-	
0,2	3	3	6
4,6	24	25	49
	27	28	55

i) wie bei 6.6.

$$ii) T = \frac{55^2}{27 \cdot 28} \left(\frac{3^2}{27} + \frac{3^2}{28} - \frac{6^2}{55} \right)$$

$$T = 8,66 - 10^{-4} \ll c$$

Ergebnis: Der erfolgreiche Therapieabschluß ist nicht abhängig vom Koeffizienten

9. Thies Pörksen vom Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige "Drogenhilfe Tübingen" veröffentlichte in einem Referat anlässlich des Internationalen Symposiums "Der heutige Stand der Behandlung Drogen- und Alkoholabhängiger", Basel, 1979, eine statistische Auswertung der Unterlagen von 500 Klienten. Diese Untersuchung ging der Frage nach, ob justitieller Zwang eine Beeinträchtigung der Behandlung mit sich bringe, oder bessere Aussicht auf deren Erfolg verspräche (Pörksen, 1980).

Das Verhältnis von "Zwang" und sogenannter "echter Motivation" hatte danach keine Bedeutung auf den Erfolg einer Behandlung, da keine Abweichung über 3 Prozentpunkte ging.

Der Drogenarzt Dieter Kleiner meint dagegen, er sei überzeugt, daß nur auf dem Wege des "helfenden und heilenden Zwanges" weiterzukommen sei (Schmidbauer, v.Scheidt, 1981), während Wöbcke noch 1977 der Meinung war, daß Therapie-maßnahmen unter gerichtlichen Auflagen wenig Aussicht auf Erfolg hätten (Wöbcke, 1977).

Man sieht, daß sich die Fachwelt in der Frage der Freiwilligkeit uneinig zeigt. Allerdings scheint sich in letzter Zeit bei Richtern und Therapeuten die Methode des "helfenden und heilenden Zwanges" durchzusetzen.

Ob diese Ansicht gerechtfertigt ist, nach der man mehr und mehr dazu übergeht, jugendlichen Drogenabhängigen, die ohnedies straffällig wurden, die Möglichkeit zu geben, zwischen Therapie und Gefängnis zu wählen, wurde im 9. Parameter unserer Untersuchung überprüft.

Es stellte sich heraus (siehe auch Übersichtstabelle I und 3.9.2.), daß eindeutig den Fürsprechern des "helfenden und heilenden Zwanges" das Wort geredet werden muß, denn 63 % der "Erfolgreichen" (N = 30) bewältigten eine Langzeittherapie unter dem Damoklesschwert einer richterlichen Auflage, während nur 19 % der "Abbrecher" davon betroffen waren.

5. ZUSAMMENFASSUNG

In einer katamnестischen Untersuchung wurden 9 Parameter

- Durchschnittsalter
- Dauer der Drogenkarriere
- Schul- bzw. Berufsausbildung
- IQ
- Beziehung zu den Eltern
- Maskulinität/Feminität
- Extraversion/Intraversion
- Egozentrik
- gerichtliche Auflagen

überprüft und korreliert mit erfolgreich abgeschlossenen Therapien bzw. abgebrochenen Therapien von 57 Patienten der Drogenklinik Hochstadt.

Aufgrund dieser Korrelationen wurden Rückschlüsse auf die Motivation des Drogenabhängigen zu seiner Therapie gezogen.

Es konnte nachgewiesen werden, daß im Kollektiv jener Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Therapie (N = 30) das durchschnittliche Lebensalter um 2,27 Jahre höher lag als im Kollektiv der "Abbrecher". Ebenso dauerte bei den "Erfolgreichen" die Drogenkarriere im Mittel 1,9 Jahre länger. Höheres Lebensalter und eine längere Drogenkarriere wirkten sich offenbar motivierend auf die Therapie aus, ebenso wie ein positiver Zusammenhang hergestellt werden konnte zwischen einer abgeschlossenen Berufs- bzw. Schulbildung und dem Erfolg einer Therapie.

Auch gerichtliche Auflagen haben einen hochmotivierenden Einfluß, während zwischen der Beziehung zu den Eltern und einem erfolgreichen Therapieabschluß kein Zusammenhang zu erkennen war, ebensowenig wie die Intelligenz der jugendlichen Drogenabhängigen Einfluß auf die Motivation zur Therapie zeigt.

Bei der Untersuchung der Persönlichkeitsdimensionen Maskulinität/Feminität, Extraversion/Intraversion und Egozentrik konnten signifikante Zusammenhänge zwischen einem hohen Maß an "Maskulinität" und Extraversion und einem erfolgreichen Therapieabschluß festgestellt werden, wohingegen sich defensiv/passive Charakterzüge und Intraversion eher demotivierend auswirken.

Die Egozentrik scheint keinen Einfluß auf die Motivation zur Therapie zu haben.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- Alvarez, A. Der grausame Gott - eine Studie über
den Selbstmord, Frankfurt a.M. (1980)
- Baudelaire, Ch. Un mangeur d'Opium, in: La Revue
contemporaine, 15. und 31. Jan. 1860;
dt. in: Baudelaire, Ch., Die künstli-
chen Paradiese, Hamburg (1964)
- Benos, J. Stationäre Behandlung junger Drogenab-
hängiger, Neurol. Psychiat. 6 (1980)
234-240
- Benos, J. Zur Therapie und Rehabilitation jugendli-
cher Drogenabhängiger in einer Spezialkli-
nik, Rehabilitation 18 (1980) 204-212
- Coleridge, S.T. Kublai Khan, London (1816)
- Fahrenberg, J.,
Selg, H. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar,
FPI, Göttingen (1970)
- Gunne, Lars-M.,
Frykholm, B. Studien zur Drogenkarriere, Uppsala,
Drogen und Alkohol, Int. Symp., Basel
1979, Hrsg.: D. Ladewig,
Karger, Basel (1980)
- Hobi, V. Das Drogenproblem bei Jugendlichen,
Hans Huber, Bern (1973)
- Kaliner, B. Ein verhaltenstherapeutisches Stufenpro-
gramm zur stationären Behandlung von
Drogenabhängigen,
Drogen und Alkohol, Int. Symp., Basel
1979, Hrsg.: D. Ladewig,
Karger, Basel (1980)

- Klein, M. Das Seelenleben des Kleinkindes,
Rowohlt Taschenbuch, Hamburg (1972)
- Kleiner, D. Therapie gestern und heute - Erfahrungen
für die Zukunft, Soziale Arbeit 9
(1979) 28
- Lockot, R. Zur Frage der Motivation jugendlicher
Opiatabhängiger für eine therapeutische
Behandlung; Referat anlässlich der Wissen-
schaftlich-praktischen Fachkonferenz in
Mainz zum Thema "Jugend und Sucht",
Mainz (1977)
- Lürßen, E. Psychoanalytische Theorien über die Sucht-
strukturen, Suchtgefahren 1 (1974)
- Mader, R., Sluga, W. Neue Formen der Sucht bei Jugendlichen,
Wiener Medizinische Wochenschrift 120,
(1970) 330
- Nöhring, K.-U. Selbstmordversuche bei Kindern und Ju-
gendlichen, Vortrag und unveröffentlich-
tes Manuskript, Hamburg, Juni (1980)
- Petzold, H. Drogentherapie, Jungfermann-Hoheneck,
Paderborn (1974)
- Pörksen, Th. Drogen und Alkohol, Intern. Symposium,
Basel 1979, Hrsg.: D. Ladewig,
Karger, Basel (1980)
- Quincey, Th. de Confessions of an English Opium-Eater,
London (1822, 1845); dt.: Bekenntnisse
eines englischen Opiumessers, München
(1965)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| Schmidbauer, W.,
Scheidt, J. vom | Handbuch der Rauschdrogen, Nymphenburger, München (1981) |
| Schneider, M. | Neurose und Klassenkampf, Rowohlt Taschenbuch, Hamburg (1973) |
| Scott, J.M. | The White Poppy, London (1969) |
| Skarabis, H. | Der Spiegel 24 (1980) 55 |
| Waldmann, H. | Erfahrungen aus einer großstädtischen Drogenklinik, unveröffentl. Manuskript, München (1979) |
| Wöbcke, M. | Rauschmittelmisbrauch - Prävention und Therapie,
Kösel, München (1977) |
| Zauner, J. | Psychodynamische und psychoanalytische Aspekte der Adoleszenz,
Ztschr. für Kinder- und Jugendpsychiatrie 3 (1976) 41-54 |

Für die Überlassung des Themas, die allzeit schnelle und umfassende Hilfsbereitschaft während der Erstellung dieser Arbeit und die ausgezeichneten Arbeitsmöglichkeiten an der Bezirksklinik Hochstadt möchte ich in ganz besonderer Weise Herrn Priv.-Doz.Dr.med J. Benos danken, sowie allen Mitarbeitern und Patienten der Bezirksklinik Hochstadt für deren äußerst freundliche und fachkundige Unterstützung.

Mein Dank gilt auch Frau Antja Gusbeth für ihre Hilfe bei der Ausarbeitung der statistischen Daten, sowie Herrn Jürgen Mildner für die Erstellung der Graphiken.

Ferner möchte ich an dieser Stelle besonders meinen Eltern und meiner Großtante Frau Anna Novak danken, die mir den Besuch der Universität ermöglichten.

LEBENS LAUF

Am 05. Dezember 1950 wurde ich in Amberg als zweites Kind des Apothekers Erich Nürnberger und seiner Ehefrau Albina, geb. Kunz, geboren.

Von 1957 bis 1961 besuchte ich die Volksschule in Windischeschenbach. Im gleichen Jahr trat ich in das Kepler-Gymnasium in Weiden ein.

1968 wechselte ich in das neusprachliche Gymnasium des Steigerwald-Landschulheims in Wiesentheid, wo ich 1971 das Abitur ablegte.

Bis zum Beginn des Studiums war ich in Erbdorf und Volkach als Krankenpflegerhelfer tätig.

Anschließend studierte ich Pädagogik in Würzburg und danach Chemie/Physik für das Lehramt an Realschulen an der Universität Erlangen, wo ich mich zum Wintersemester 1976 als Student der Medizin immatrikulierte.

Die Ärztliche Vorprüfung bestand ich am 22. März 1978, den ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 22. März 1979, den zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung am 21. August 1981.

Am 04. November 1982 legte ich die Ärztliche Prüfung an der Universität Erlangen-Nürnberg ab.

Am 25. November 1982 erhielt ich die Approbation als Arzt.

